Capítulo 9

Grupo com pacientes institucionalizados portadores de esquizofrenia: contribuições da Psicologia da Saúde e da Psicologia Humanista

Carla de Sant’Ana Brandão
Danielly Farias da Silva Araújo
Lorena Leal Máximo

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

BRANDÃO, CS., ARAÚJO, DFS., and MÁXIMO, LL. Grupo com pacientes institucionalizados portadores de esquizofrenia: contribuições da Psicologia da Saúde e da Psicologia Humanista. In ALVES, RF., org. *Psicologia da saúde: teoria, intervenção e pesquisa* [online]. Campina Grande: EDUEPB, 2011. pp. 243-286. ISBN 978-85-7879-192-6. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

9

Grupo com pacientes institucionalizados portadores de esquizofrenia: contribuições da Psicologia da Saúde e da Psicologia Humanista

*Carla de Sant'Ana Brandão
Danielly Farias da Silva Araújo
Lorena Leal Máximo*

Após a promulgação da Lei 10.216, a assistência em saúde mental passou a privilegiar o investimento nos serviços de base comunitária para o tratamento de pessoas portadoras de transtornos mentais. É a partir desta Lei e das Conferências Nacionais de Saúde Mental que a Reforma Psiquiátrica no Brasil passa a concretizar, com o apoio das políticas de saúde mental do Governo Federal, mudanças significativas no tratamento de portadores de transtornos mentais através de programas de desinstitucionalização. Ações fomentadas pelos governos federal, estadual e municipal possibilitaram a criação de programas substitutivos aos hospitais psiquiátricos, como o Programa de Volta para Casa (criado pela Lei 10.708, em 2003) e os Centros de Assistência Psicossocial (CAPS), a fim de reduzir progressivamente aquele modelo de assistência à saúde. Entretanto, apesar do fechamento gradual

dos hospitais psiquiátricos constituir parte importante do processo de reforma na saúde mental, é fundamentalmente importante o planejamento para a efetivação desta proposta. Até o fechamento de todos os hospitais psiquiátricos é necessária a avaliação e adequação do atendimento aos internos garantindo-lhes qualidade de vida e o restabelecimento de suas condições básicas de saúde e da capacidade de socialização possibilitando a estes a reintegração social.

Na perspectiva da Psicologia da Saúde, a análise das situações e dos problemas neste campo, bem como as intervenções decorrentes destas, direciona-se ao desenvolvimento da saúde humana, e não necessariamente a doença (REY, 1997). Com o foco na prevenção e na promoção da saúde, o trabalho do psicólogo torna-se essencial em espaços em que as condições não são favoráveis ao bem-estar físico, psíquico e social daqueles que neles se inserem. A necessidade de criação de novas formas de atendimento ao portador de transtorno mental nos serviços de saúde já anuncia a inadequação dos serviços e do tratamento tradicionalmente oferecido nas instituições psiquiátricas. Atualmente, sabemos que um dos principais desafios dos hospitais psiquiátricos é lidar com o abandono dos internos por parte dos familiares. Muitos dos que se encontram nesta condição, concomitante a perda de contato com a família, perdem também o contato social e a esperança de um possível retorno ao convívio social. Vivem em completo isolamento. Sabemos que a situação de isolamento por longo período é geradora, em grande parte das pessoas, de comprometimentos nas habilidades cotidianas dificultando, portanto, a reintegração social e circulação livre, autônoma e com segurança em ambientes externos ao hospital (DIMENSTEIN, 2006).

Um dos mais antigos hospitais psiquiátricos da rede pública situado na região nordeste do Brasil tem entre seus internos residentes várias pessoas nas condições de isolamento e abandono familiar. Muitos deles, oriundos de cidades do interior

não têm contato com suas famílias há mais de dez anos. Assim, além das condições de saúde que motivaram a internação destes pacientes e que, de certo modo, excluíram-nos da sociedade, o abandono familiar representa uma segunda exclusão, já que a perda de contato com seus entes queridos rouba-lhes parte de suas histórias e, inclusive, a possibilidade de retorno. Sob tais condições, suas relações restringem-se ao contato com outros internos e com os profissionais de saúde e funcionários do próprio hospital, nem sempre com treinamento adequado para atuar de modo a promover saúde no contexto institucional da saúde. Promover saúde envolve, de acordo com o documento fundador deste movimento (A Carta de Ottawa), valores como igualdade, solidariedade, cidadania, desenvolvimento e participação, além de vida e saúde (BUSS, 2003). Nesse sentido, atuar na promoção a saúde requer um olhar que se sobreponha ao foco na doença. A base desta atuação é a transformação das condições de vida possíveis de gerar problemas de saúde. Trata-se da criação de estratégias geradoras do bem-estar e do desenvolvimento de condições favoráveis à saúde e à qualidade de vida (CZERESNIA, 2003). Entretanto, o que se verifica no modo de atuação nos hospitais psiquiátricos é o foco na doença, nos sintomas, no tratamento, na normatização da rotina e nas formas de disciplinamento dos internos (DIMENSTEIN, 2004). Desse modo, os pacientes psiquiátricos internos em condições de isolamento por longo período tendem a apresentar perda de habilidades para o cuidado pessoal, o aparecimento de dificuldades relacionadas a autonomia, às interações sociais e à afetividade. Nos casos em que estas dificuldades constituem características de determinados quadros clínicos, observamos a sua exacerbação ao longo dos anos. É o caso, por exemplo, de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia que apresentam como sintomatologia principal, nas diferentes modalidades da patologia, as disfunções cognitivas e emocionais que acometem a percepção, o pensamento inferencial, a linguagem e a comunicação, o monitoramento comportamental, o embotamento afetivo,

a fluência e a produtividade do pensamento e do discurso, a capacidade hedônica, a volição e a atenção, gerando ainda prejuízo no funcionamento ocupacional ou social (A.P.A./DSM-IV 1995).

Para intervir adequadamente nas condições de vida de pessoas internas em tais condições é necessário compreender a interação da pessoa com o ambiente, identificar os fatores de risco à saúde física, emocional e social e os fatores de proteção, os quais estão relacionados às condições geradoras de mudanças positivas nas respostas pessoais ao meio. Tomando como base os objetivos estabelecidos pela *American Psychological Association* (APA) para a Psicologia da Saúde, tais como, compreender e avaliar a interação entre bem-estar físico e fatores biológicos, psicológicos e sociais e buscar nas teorias e métodos de pesquisa em Psicologia meios para a promoção da saúde e o tratamento de doenças (CALVETTI, MULLER, NUNES, 2007) foi proposta à mencionada instituição psiquiátrica da rede pública situada, no nordeste do país, a realização de um trabalho grupal facilitado por profissionais e estudantes de Psicologia direcionado a pacientes com diagnóstico de esquizofrenia crônica que apresentassem necessidade de uma intervenção diferenciada das oferecidas pela instituição, haja vista as condições de isolamento e de agravamento das suas condições de saúde. Esta intervenção teve como finalidade gerar condições de humanização àqueles que, devido ao quadro clínico, às condições de saúde, em geral, e ao abandono familiar, vivem a situação de exclusão institucionalizada. Tomamos o termo humanizar no sentido adotado por Dimenstein (2004), referindo-se ao compromisso ético com a criação de formas de vida contrárias àquelas pautadas no medo, na discriminação, na exclusão e na impotência. Portanto, trata-se da viabilização da transformação das pessoas envolvidas ou do seu meio. Neste caso, o foco é o resgate e potencialização das capacidades dos internos que foram atrofiadas pela condição de restrição, dependência e isolamento.

A esquizofrenia, as condições do paciente institucionalizado e as terapêuticas utilizadas

A esquizofrenia é um transtorno psicótico que tem como elementos etiológicos a associação entre fatores biológicos e psicossociais. Entre as décadas de 1950 e 1990, estudos apontaram explicações para o desenvolvimento da esquizofrenia a partir do estabelecimento de certos padrões relacionais familiares patológicos, os quais teriam como característica principal a comunicação interpessoal disfuncional. As conclusões do estudo realizado nos Estados Unidos, em 1952, pelo antropólogo Gregory Bateson, indicaram que situações norteadas por padrões de comportamentos em que os pais criam situações antagônicas, ambas insuportáveis, frente às quais a criança deveria realizar uma escolha, contribuiriam para a desconexão com a realidade. Os padrões disfuncionais da família não seriam, contudo, suficientes para explicar a etiologia da doença, mas são necessários para compreender funcionalmente os fatores desencadeantes. Estudos realizados entre a década de 1990 e os anos 2000 indicam, a partir do modelo do neurodesenvolvimento, que a esquizofrenia tem origem a partir de algum transtorno no desenvolvimento compreendido entre a concepção e o nascimento. Associado a este, os fatores genéticos e os riscos ambientais são fortes colaboradores para o desencadeamento da doença, considerando, portanto, o caráter dinâmico e interacional destes elementos, apesar da preponderância dos fatores genéticos no surgimento do quadro esquizofrênico (ANDRADE, 2002).

O desencadeamento da doença e o aparecimento dos primeiros sintomas surgem, comumente, entre a adolescência e o início da idade adulta, em geral, antes dos 30 anos de idade, tornando o portador da doença parcial ou completamente inválido, improdutivo e dependente de familiares. Apesar da variedade de características que podem evidenciar a emergência de um quadro de esquizofrenia, haja vista

cada subtipo (paranóide, desorganizado, catatônico, residual e indiferenciado) apresentar uma sintomatologia específica, os sintomas mais comuns e presentes na maioria dos casos são as alucinações, delírios, processos de pensamento perturbados e inundações cognitivas (HOLMES, 1997), humor depressivo, desinteresse generalizado, isolamento e descuido com a aparência pessoal e, como característica marcante nos diferentes quadros, destaca-se a perda de julgamento da realidade (ANDRADE, 2002). A classificação dos sintomas da esquizofrenia subdivide-se em sintomas ‘positivos’ e sintomas ‘negativos’. Dentre os primeiros, destacam-se as alucinações e delírios; já dentre os negativos, a pobreza do conteúdo do pensamento e da fala, o embotamento ou rigidez afetiva, prejuízo do pragmatismo, dificuldade de sentir e expressar emoções e prazer, isolamento social e diminuição de iniciativa e da vontade são aspectos marcantes (A.P.A./DSM-IV 1995).

O tratamento farmacológico atenua ou elimina tanto os sintomas positivos quanto os negativos. A ação da atividade antipsicótica surge nas primeiras seis semanas de tratamento com continuidade das melhorias por até seis meses, contudo, pode haver variação nas respostas ao tratamento de acordo com o paciente e o antipsicótico prescrito. De acordo com Kaplan e Sadock (1995), cerca de 70% dos pacientes com este diagnóstico apresentam melhora significativa com uso de antipsicóticos, embora a eficácia do tratamento seja maior contra os sintomas positivos (alucinações e agitação). Cabe destacar que o tipo de antipsicótico empregado no tratamento é um aspecto importante para a observação da diminuição dos sintomas, pois, na classificação dos psicóticos típicos (primeira geração) e atípicos (segunda geração)¹ o

1 São antipsicóticos típicos (Primeira geração): Haloperidol, flufenazina, pimozida, trifluoperazina, clorpromazina e o levomepromazina. E os antipsicóticos atípicos (Segunda Geração): Tioridazina, sulpirida, clozapina, risperidona, olanzapina, quetiapina e aripiprazol.

que os difere são os mecanismos de ação de cada um e, consequentemente, a eficácia no tratamento. Os antipsicóticos de primeira geração (APG), mais convencionais, atuam predominantemente no bloqueio dos receptores da dopamina; já os antipsicóticos de segunda geração (ASG) promovem um bloqueio nos receptores dopaminérgicos e serotoninérgicos. A diferença principal entre estes dois tipos de medicação é que os de segunda geração possibilitam melhores resultados em relação a diminuição tanto dos sintomas positivos quanto dos sintomas negativos, além de apresentarem menos efeitos colaterais² (CORDIOLI, 2000). Sobre a escolha do antipsicótico, Oliveira diz que:

Os antipsicóticos atípicos podem contribuir para a melhor qualidade de vida. Entretanto, os antipsicóticos convencionais permanecem como primeira escolha quando se consideram estritamente questões relativas ao custo do tratamento. Esse último aspecto ainda prevalece em nosso meio. (OLIVEIRA, 2000; p. 40)

-
- 2 Dentre os efeitos colaterais mais comuns provocados pelos medicamentos, destacam-se os chamados *efeitos extrapiramidais*, que são: *Acatisia* (sensação subjetiva de agitação psicomotora, ansiedade, incapacidade para relaxar, dificuldade de permanecer imóvel e a necessidade de alternar entre estar sentado ou de pé), *Distonias ou Discinesias Agudas* (movimentos estereotipados de grupos musculares que iniciam minutos ou horas após o início do uso do antipsicótico), *Distonias ou Discinesias Tardia* (movimentos estereotipados de grupos musculares, periorais, da língua, cabeça, tronco ou membros, que iniciam geralmente após o uso crônico de alta dosagem da medicação. Esse efeito colateral pode manifestar-se em forma de crises oculógiras, torcicolo, abertura forçada da boca, protusão da língua); e o *Parkinsonismo* (diminuição dos movimentos dos braços, da expressão e mímica faciais, rigidez, tremor das extremidades, hipersalivação, bradicinesia (movimentos lentos), acinesia (diminuição da espontaneidade dos movimentos)) (CORDIOLI, 2000).

Tratando-se dos serviços públicos de saúde mental, o custo do tratamento é um aspecto importante. Em grande parte dos hospitais psiquiátricos da rede pública, o tratamento farmacológico prescreve antipsicóticos típicos, ou de primeira geração. Este é um dado importante para a avaliação dos quadros dos pacientes internos, já que além dos sintomas da doença e decorrentes do isolamento, o surgimento dos efeitos colaterais da medicação são aspectos que agravam o estado de saúde. Além disso, a medicação de primeira geração não é suficientemente eficaz na redução dos sintomas negativos, ou seja, na redução do embotamento afetivo, da dificuldade na expressividade, do isolamento e da capacidade de estabelecer contatos e socializar-se. Estes são os principais motivos para que o tratamento em casos de esquizofrenia seja mais eficaz quando há combinação da terapia psicofarmacológica com procedimentos de intervenção psicossocial. Neste sentido, os trabalhos de grupo são bastante efetivos na redução do isolamento social, no aumento do senso de coesão e na melhora nos testes de realidade dos portadores da esquizofrenia (KAPLAN, SADOCK e GREBB, 1997). Uma vez que a esquizofrenia tem como elementos etiológicos os fatores genéticos, psicossociais e os riscos ambientais e os agentes farmacológicos são usados para presumíveis desequilíbrios químicos, estratégias não farmacológicas devem abordar questões não-biológicas. Portanto, dentre os profissionais de saúde é consenso que a combinação psicoterapia - farmacoterapia possibilita maiores chances de sucesso no tratamento do que qualquer tipo de terapêutica isolada (KAPLAN e SADOCK, 1995).

Andrade (2002), ao propor uma intervenção integrativa, sugere que a psicoterapia seja desenvolvida com cautela, sempre respeitando o ritmo, as necessidades e possibilidades do paciente. Nesse sentido, o estabelecimento da confiança na relação terapêutica e de um clima de segurança para com o paciente deve permear as etapas constituintes do processo psicoterápico. Haja vista a condição de isolamento em que

comumente se encontram os pacientes com esquizofrenia residentes em hospitais psiquiátricos devido ao afastamento da realidade característico do quadro clínico da doença, as restrições institucionais e a discriminação social e familiar, o vínculo psicoterapeuta/paciente deverá, com base na confiança estabelecida, promover ao interno a consciência de si e da realidade de modo não ameaçador. Ressaltando a importância destes aspectos, Kaplan e Sadock (1995) afirmam que o profissional que conduz este tipo de terapia deve “*ser especialmente empático e capaz de tolerar as manifestações bizarras da doença*” (p. 297).

As características do portador de esquizofrenia evidenciam a importância da realização de um atendimento interdisciplinar que garanta a assistência médico-farmacológica, o apoio psicológico e a realização de atividades ocupacionais promotoras da autonomia. A partir desta tríade de tratamento, o portador de esquizofrenia terá como minimizar os sintomas positivos e negativos da doença, diminuir o sofrimento psíquico e o isolamento social e recuperar habilidades prejudicadas devido a sua condição. Promover a pacientes institucionalizados melhores condições de saúde por meio de relações terapêuticas favoráveis à integração, socialização e autonomia foi o ponto motriz para a realização da intervenção grupal com pacientes internos neste hospital psiquiátrico.

Intervenção grupal com pacientes residentes: percurso e métodos

A proposta foi direcionada primordialmente à pacientes crônicos e residentes no hospital, já que estas duas condições apontam para a gravidade de suas condições e maiores dificuldades no processo de reabilitação. Uma vez que o tratamento farmacológico de primeira geração atua basicamente na redução dos sintomas positivos (alucinações e delírios) o trabalho em grupo com estes pacientes tomou como principais

objetivos minimizar as perdas decorrentes do quadro clínico e da condição de isolamento por longo período, através de condições favoráveis à interação e autoexpressão, a troca de experiências pessoais e desenvolvimento da autonomia. Assim, o médico psiquiatra responsável pela ala masculina do hospital encaminhou cinco pacientes residentes, todos com diagnóstico de esquizofrenia crônica, tendo como critério para o encaminhamento a presença de sintomas crônicos, a necessidade de outras modalidades de tratamento complementar e as condições de isolamento social destes pacientes. Os participantes do grupo têm **idade entre 34 e 50 anos, são todos de origem rural e estão internos na instituição de doze a dezesseis anos e não têm nenhum contato com seus familiares. Todos estão submetidos a tratamento farmacológico, mas apenas dois participam da terapia ocupacional com profissionais do hospital. Os demais não têm indicação para usufruir desta modalidade de tratamento por serem considerados agressivos e, portanto, inaptos ao contato sociogrupal. Ainda assim, foram incluídos no grupo já que a proposta deste é a reabilitação para a interação social e a promoção do bem-estar e de melhorias na saúde.**

Características dos participantes

Através dos prontuários de cada paciente, foram coletadas informações básicas referentes aos dados socio-demográficos, data da internação, terapêutica farmacológica aplicada e as condições psíquicas segundo a avaliação médica. No quadro 1, é possível conferir estas informações e as observações acerca do estado atual de cada participante de acordo com a avaliação das facilitadoras a partir das interações e comportamentos por eles apresentados durante as atividades grupais. Todos eles recebem medicação de primeira geração e estão internos há mais de doze anos, fatores que evidenciam a necessidade de intervenções favoráveis a socialização e a promoção da saúde.

Quadro 1: Perfil individual dos integrantes do grupo³

Paciente	Idade	Situação	Medicamento	Estado Psiquiátrico conforme prontuários	Estado atual durante o Grupo
J.	34 anos	Interno há 12 anos	Haldol 5 mg; Biperideno; Diazepan 10mg. Fenitaina 100 mg.	Calm, discurso pobre, humor estável, participativo, risos imotivados, desorientado, contato superficial.	Além das características ao lado, o paciente apresentou pouca interação e verbalização com os membros do grupo. Em geral, desenha e observa o ambiente. Geralmente só interage sob estimulação das facilitadoras. Fala assaz comprometida (monossilábica) Apresenta pouca evolução.
S.	43 anos	Interno há 16 anos	Haldol; Prometazine	Embotamento afetivo, humor triste, conversa sozinho, mutismo, olhar fixo e distante, afeto hipomodulado.	Durante os encontros iniciais, manteve-se isolado e sem desenvolver atividades. Aos poucos começou interagir e atualmente participa, canta, desenha e joga bola. Durante o futebol é quando melhor se comunica verbalmente, com frases longas, discurso coerente e manifesta suas emoções. Demonstrou conhecimento e habilidade musical tocando um pandeiro e cantando músicas completas do tipo “embolada” durante a participação em um dos grupos recentes.

3 As letras na coluna “paciente” são utilizadas para resguardar a identidade de cada participante.

Paciente	Idade	Situação	Medicamento	Estado Psiquiátrico conforme prontuários	Estado atual durante o Grupo
F.	49 anos	Interno há 13 anos	Haldol 5 mg; Amplicilil 100mg; Fenergan 25mg.	Deambulação excessiva, fala incoerente, delírio de grandeza, megalomania.	Durante a sessão, permanece sentado e desenhando, porém, atento e interagindo verbalmente com o grupo. Discurso desorganizado, expressão verbal de agressividade. Delírio de grandeza e megalomania fortemente presentes.
A.	Não informa	Interno há 14 anos	Haldol 5 mg; Biperideno; Amplicilil 100mg; Fenergan 100mg.	Discurso delirante	Permanece com discurso delirante. Apresenta-se calmo e participativo por meio da 'escrita', de músicas e poesias. Frequentemente relata sobre suas experiências de vida.
C.	50 anos	Interno há 14 anos	Haldol 5 mg; Biperideno; Amplicilil 100mg; Fenergan 100mg.	Hábitos higiênicos prejudicados, agitação psicomotora, deambulação excessiva, insônia.	Mantém características iniciais, exceto a agitação psicomotora. Calmo, fala pueril, interesse por música, disponível para participar de jogos de bola e boliche com os demais.

O setting, os recursos, a equipe de facilitação e a orientação teórico-metodológica

A intervenção grupal realizada entre setembro de 2008 e dezembro de 2008, **ocorria uma vez por semana com duração de uma hora e meia, sob a facilitação de duas psicólogas e uma estagiária.** Após o encaminhamento dos pacientes pelo psiquiatra, foi dado início às atividades em uma sala no interior da instituição. O espaço amplo, com janela, pia e um banheiro é ambientado com uma estante e um armário onde ficam guardados materiais para realização de oficinas artesanais e a produção decorrente destas. No centro da sala, uma mesa retangular, bancos retangulares e algumas cadeiras; há ainda um grande espelho em uma das paredes. O primeiro encontro foi destinado para informação aos participantes sobre os procedimentos e as atividades terapêuticas que seriam oferecidas e realização do contrato propriamente dito (informações sobre dia, duração, sigilo, regras e limites). Nesta ocasião, também foi informado que eles só participariam dos grupos se e quando quisessem. O material disponibilizado para o uso dos participantes (bonecos de pano, revistas, jogos, lápis grafite e de cor, papel, tinta, cola colorida, cubo mágico, boliche, bola e micro-system) foi exposto na mesa e, desde o primeiro encontro, foi informado que eles poderiam utilizar os recursos que quisessem. O uso desses recursos foi de extrema importância devido a dificuldade inicial de interação.

Os aportes teóricos que nortearam o desenvolvimento desta intervenção têm como base os princípios da Psicologia Humanista, especialmente da abordagem centrada na pessoa e da Psicologia Positiva; os objetivos da Psicologia da Saúde; e o conceito de promoção da saúde.

A orientação não diretiva pautada nos princípios da abordagem centrada na pessoa norteou toda prática de intervenção grupal, a relação terapeuta-cliente e as intervenções

verbais propriamente ditas realizadas durante os encontros. Dessa forma, em nenhum momento, foram estabelecidos temas para discussão ou atividades para realização. O foco no desenvolvimento da autonomia dos participantes e em possibilitar maior liberdade contrastou com a rotina destes no hospital, a qual ocorre em espaços delimitados, sem liberdade para escolhas de atividades e atendimento padronizado para atender aos cuidados necessários a todos os internos de modo similar e em horários previamente determinados. Assim, foi deixado aos participantes, inicialmente apáticos e sem saber como lidar com a nova situação, a responsabilidade de conduzir o movimento e o ritmo grupal. Haja vista a falta de motivação, o isolamento e a superficialidade que, em geral, caracterizam o comportamento dos esquizofrênicos, a relação terapêutica deve ser iniciada pelo profissional de saúde. Portanto, no momento inicial de cada grupo, as psicólogas apresentavam os recursos disponíveis e anunciavam a possibilidade de usar, ou não, quaisquer deles. Em vários momentos, as próprias psicólogas tomavam a iniciativa de desenhar, jogar ou desenvolver alguma atividade entre elas, evidenciando para os participantes a liberdade de escolha concomitante a estimulação por suas ações lúdicas. A expressividade do psicoterapeuta é um aspecto importante no acompanhamento de pacientes esquizofrênicos, pois, de certa forma, determina a qualidade da relação que pouco a pouco se estabelece, ainda que haja o predomínio do silêncio ou falas aparentemente irrelevantes por parte do paciente (GENDLIN, 1978).

Nesse sentido, as atitudes de empatia e de aceitação incondicional por parte do psicoterapeuta, fundamentais para propiciar o clima de segurança e de confiança, são também importantes para o desenvolvimento da expressão de sentimentos e, posteriormente, o reconhecimento destes por parte do paciente. Na medida em que os pacientes conseguem identificar a expressividade do outro – do terapeuta- ‘aprendem’

a se expressar, a identificar e a reconhecer seus sentimentos presentes. A aceitação incondicional do psicoterapeuta possibilita o estar livre para, ao aceitar o outro, ‘mergulhar’ na subjetividade deste outro à ponto de compreendê-lo com maior profundidade por meio da atitude empática (ROGERS, 1983). Desse modo, é possível proporcionar ao paciente, especialmente aquele com maior necessidade de segurança, um clima de confiança e com liberdade para expressar seus sentimentos, mesmo aqueles considerados absurdos. A compreensão por parte dos pacientes acerca dos significados de seus sintomas contribui para a ampliação de alternativas para estes lidarem com comportamentos antes incontroláveis e incompreensíveis através da ressignificação e elaboração de experiências traumáticas gerando, portanto, mudanças no comportamento. Laing (1982), na análise do caso “Joan”, anuncia que, quando o paciente esquizofrênico se sente compreendido, grande parte dos comportamentos bizarros considerados sintomas da doença desaparecem. Ele destaca tal importância através de falas de uma paciente que afirma:

As entrevistas eram o único lugar onde me sentia segura para ser eu própria, manifestar todos os meus sentimentos e verificar o que eles eram de fato, sem o temor que você ficasse perturbado e me abandonasse. (...) Com todos os demais eu procurava modificar-me para agradar-lhes. (p. 184). “O médico precisa demonstrar que percebe o ódio, mas que compreende e não fica magoado.” (p.185)

A presença de tais atitudes por parte da equipe de facilitação associada ao foco no momento atual do paciente e a intervenções verbais, que auxiliam na continuidade da fala e na identificação e compreensão de sentimentos evidentes ou subjacentes à comunicação (ROGERS, 1977) delinearam o clima estabelecido na relação terapêutica com

os cinco participantes do grupo, favorecendo pouco a pouco ao estabelecimento de diálogos e de interações entre eles, à mudança em seus comportamentos e a gradativa evolução em suas condições de saúde.

Considerando que um dos desafios da Psicologia da Saúde é o desenvolvimento de uma compreensão de saúde que se sobreponha a considerações acerca de normalidade, equilíbrio e ausência de sintomas (REY, 1997), as mudanças observadas, durante o trabalho grupal, tomam como referência a capacidade de adaptação e de enfrentamento do indivíduo frente as mais diversas situações cotidianas. Sob um paradigma probabilístico, consideramos além dos aspectos biológicos e psicológicos, o contexto histórico, geográfico, político, cultural, as influências de uns sobre os outros e as influências decorrentes desta interação. A saúde não é, portanto, considerada um estado, mas um processo de construção indivíduo – mundo decorrente da atualização do organismo nas interações com o ambiente visando à manutenção do equilíbrio e a superação das dificuldades (ANDRADE, 2002). Nesta perspectiva, saúde e doença não são tomadas como polos opostos, pois são etapas de um mesmo processo que vai da desorganização à reorganização e vice-versa. Compreende-se que o ser patológico é aquele que se encontra impedido de mudar diante de situações adversas; enquanto que o ser saudável usufrui da sua liberdade existencial para modificar a si e as condições ambientais desfavoráveis (AUGRAS, 1986).

A gradativa mudança nas formas de interação e de expressão dos participantes foi constatada por meio da análise dos registros de gravação de cada encontro, os quais foram posteriormente transcritos, garantindo o sigilo das informações e a identidade dos pacientes, seguindo as orientações éticas da profissão e as recomendações da lei 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. As informações obtidas por meio das gravações foram complementadas com o registro de observação, o que possibilitou garantir os detalhes das falas ocorridas

durante os encontros e o registro de expressões não verbais. A análise do conteúdo (Bardin) destas informações tem como base os primeiros dez encontros grupais.

Apresentação de resultados, análises e discussões

Ao longo das dez (10) sessões analisadas, ocorridas no período de setembro à novembro de 2008, foi observado, entre os participantes do grupo, o estabelecimento de vínculos e a modificação nas suas formas de interação. Paulatinamente, passaram a se comunicar mais (verbal e ludicamente), a revelar conteúdos de suas experiências pessoais (concretas ou subjetivas) e expressar opiniões e sentimentos frente a situações expostas no grupo. Assim, com a finalidade de analisar a eficácia do grupo na diminuição das condições desfavoráveis à saúde, a intervenção grupal tomou como norte os objetivos de: **a)** promover a autonomia dos participantes; **b)** favorecer a interação social; **c)** estimular a comunicação e expressão de sentimentos por parte dos integrantes através do estabelecimento de relações saudáveis, igualitárias e democráticas em um clima de segurança e liberdade no grupo. Nesse sentido, as análises foram focadas na localização de informações que revelaram mudanças positivas, em maior ou menor grau, em cada um dos participantes e sistematizadas em duas (02) categorias de análise que possibilitaram identificar os elementos necessários para averiguar a consolidação das intenções que orientaram a intervenção. As categorias foram denominadas de: **a)** *Interação entre pacientes e manifestação de opiniões* e **b)** *Relato de experiências pessoais e expressão de sentimentos*. Cada uma destas categorias será descrita e ilustrada com conteúdos das falas registradas e as observações realizadas pelas facilitadoras durante as sessões. Nos trechos das falas, há a indicação de letras representando cada participante, mas estas não são indicativas da sigla dos respectivos nomes. Já nas intervenções realizadas pelas facilitadoras foram mantidos seus respectivos nomes.

Impressões iniciais:

Durante a primeira sessão, apesar de haver perguntas dirigidas a cada um dos integrantes, como, por exemplo, você sabe o motivo de estar aqui? Ou, você poderia falar sobre o seu desenho? Nenhuma delas foi respondida. Ao longo da sessão *F.* e *A.* desenharam, isoladamente, em locais distantes um do outro. Não houve interação entre os integrantes nem resposta aos estímulos verbais das facilitadoras. De um modo geral, permaneceram sentados e em silêncio, sendo o desenho a única atividade desenvolvida por dois deles. No segundo encontro do grupo, foi observada a manifestação de opiniões e o estabelecimento de diálogo entre os participantes e as facilitadoras, porém, de modo muito sutil e apenas quando a fala era estimulada. Apenas a partir do terceiro encontro foi possível identificar maior segurança dos integrantes na relação com as facilitadoras e entre eles. Também foi verificado o aumento da autonomia entre os participantes. Inicialmente nenhum deles apresentou a iniciativa de pegar algum dos recursos disponibilizados. Aqueles que tinham interesse em usá-los pediam as facilitadoras e aguardavam a entrega. Mesmo sendo informados que poderiam utilizar quaisquer materiais, a condição de passividade por eles adotada durante os procedimentos de rotina do hospital prevalecia, impedindo-os de fazer escolhas e tomar decisões mínimas.

Tomando como referência a intenção da Psicologia da Saúde de estudar e intervir em prol da promoção, prevenção e tratamento da saúde do indivíduo para criar condições de melhoria da qualidade de vida (CALVETTI, MULLER, NUNES, 2007), estamos diante de uma situação em que as condições ambientais, as relações estabelecidas e as terapêuticas destinadas a estes internos não são suficientes para tratar da saúde, logo, também, não atingem a dimensão da promoção e prevenção em saúde. Tais práticas institucionais caminham na contramão dos debates sobre reforma psiquiátrica, saúde e direitos humanos e são prioritariamente norteadas pela

vigilância, disciplina, normatização e controle. A padronização no atendimento aos internos desconsidera um princípio fundamental norteador da qualidade da assistência da saúde: a equidade. Equidade significa identificar e observar as diferenças para a realização de um atendimento especializado, que atenda às necessidades específicas de cada usuário de um serviço. Resguardar este princípio garante a igualdade de todos ao acesso ao serviço e o respeito à diferença no atendimento (DIMENSTEIN, 2004). O respeito às necessidades, ao ritmo e aos interesses específicos de cada participante no grupo foi um dos aspectos fomentadores da mudança observada ao longo desta intervenção. Durante os dez encontros, observamos que o contexto de interação com liberdade e estimulação à autonomia possibilitou avanços significativos nas condições de saúde dos integrantes do grupo, inicialmente identificados a partir da crescente interação entre os participantes.

Interação entre pacientes e manifestação de opiniões

A emergência de interações entre os participantes possibilitou identificar a manifestação de opiniões por parte dos internos, bem como a tomada de decisões durante as atividades. As primeiras manifestações são caracterizadas por opiniões breves quando estimulados, as quais paulatinamente passaram a direcionar escolhas e a possibilitar posicionamentos pessoais. O primeiro momento em que identificamos a expressão de opinião ocorreu no terceiro encontro:

A: *“Ninguém quis ligar a televisão”*

Lorena: *Você gosta de televisão?*

A: *É.*

Lorena: *Alguém mais gosta de televisão?*

Carla: *J, você gosta de televisão?*

J: *Não.*

Carla: *S, gosta de televisão?*

S: [Olha firme enquanto bate os pés] *“Quando é bom eu gosto!”*

Apesar de breves e superficiais, as expressões verbais dos participantes representam um avanço importante para os encontros subsequentes. Aliás, vale ressaltar que, mesmo estimulados, não houve resposta de nenhum deles às perguntas realizadas no primeiro encontro. Durante a realização de atividades, em conjunto ou não, verificamos a diminuição do isolamento e o direcionamento de falas de um para o outro. Apesar dos contatos interpessoais aparentemente superficiais é necessário destacar o comprometimento psíquico e social dos participantes, em parte característico do quadro clínico, mas, principalmente, em decorrência dos efeitos colaterais da medicação e pelo isolamento social.

O contato social é um elemento básico para o desenvolvimento de condições humanamente saudáveis e o restabelecimento de condições favoráveis à qualidade de vida. No quinto encontro, a inclusão de um paciente visitante que pediu para participar do grupo estimulou a interação dos demais. *M*, o paciente visitante, por não ser residente e estar no hospital em uma condição provisória, tinha família, vínculos sociais e apresentava condições de saúde assaz diferenciada dos pacientes residentes. Os diálogos ocorridos durante este encontro ilustram o quanto o contato com pessoas mais saudáveis é importante para a diminuição dos sintomas negativos da esquizofrenia e estimula à verbalização e a ações participativas e criativas. A criatividade, a satisfação, o otimismo, o amor, o conhecimento e a sabedoria são aspectos relacionados ao desenvolvimento humano que tem ocupado lugar de destaque nos estudos sobre as

contribuições da Psicologia Positiva à Psicologia da Saúde. O enfoque nos aspectos potencialmente sadios da pessoa permite resgatar e valorizar as possibilidades de mudanças direcionadas à melhoria das condições de saúde (CALVETTI, MULLER, NUNES, 2007).

M: *“Dr^a., me diga aí um tema pra eu me inspirar aqui”*

Carla: *“Que tipo de tema você gostaria que eu te dissesse?”*

M: *“Um tema. Qualquer coisa. Pode ser um trecho de uma música. Ah! Já sei... [cantarola um trecho de uma música do Rappa, fazendo gestos relacionados à música e canta] “Meu casaco de general”,*

A: [repete a palavra] *“General”*.

M: *“Eu sei de outra melhor”*. [e cantarola música dos Engenheiros do Hawai]

S: [expressa de esforço para balbuciar algo e tenta acompanhar M.] Começa a cantar com muito esforço: *“Era um garoto, e como eu (...) é Engenheiros.”* [Sorri]

O pequeno trecho da música cantarolada por S. é bastante significativo por considerarmos a dificuldade dele para falar, ainda que palavras curtas, e as poucas ocasiões em que observamos a construção de frases completas e com coerência. Em grande parte das situações em que S pronuncia algo é por meio de neologismos, uma característica bastante presente em alguns quadros de esquizofrenia. Zanini e Cabral (1999) afirmam haver grande chance de pacientes com predomínio dos sintomas negativos se beneficiarem com a psicoterapia de grupo, pois, ainda que não participem de maneira ativa, eles aproveitam a experiência de diversas formas. A importância da relação grupal é bastante evidente no caso de S devido ao predomínio dos sintomas negativos. Dados do prontuário de S e informações dos profissionais de

Psicologia e de Enfermagem que dele cuidavam, anunciam o forte embotamento afetivo e seu isolamento social. Devido a esses sintomas, permanece grande parte do tempo no quarto e raramente sai pra fazer qualquer atividade. Apesar de *M* ter participado de apenas 3 encontros, sua ação no grupo por meio de conversas coerentes e da estimulação para o desenvolvimento de atividades, como cantar e desenhar, estimulou e elevou o nível de interação entre os demais participantes. Além disso, a relação de igualdade estabelecida entre *M* e os demais membros do grupo estimulou o senso de capacidade dos demais que passaram a se esforçar para acompanhar o ritmo de *M* e conseguiram superar alguns de seus limites. Aos poucos, com muito esforço, *S* passou a participar no grupo através do jogo de futebol e a manter relações mais diretas com as facilitadoras ajudando-as, inclusive, ao término de um dos encontros, a guardar os objetos utilizados. Em grupos subsequentes, *S* passou a se despedir das facilitadoras na saída com acenos e sorrisos rompendo, assim, seu isolamento e silêncio.

De acordo com Bechelli e Santos (2002), a psicoterapia de grupo é uma modalidade de intervenção que, independente da abordagem e das técnicas utilizadas, desde que ofereça condições para o desenvolvimento de mudanças, possibilita a emergência do potencial de recuperação dos participantes. A interação entre os participantes rompe com o modelo médico centrado no terapeuta e abre caminhos para o papel ativo do grupo em direção aos seus interesses e necessidades. De fato, observamos que a crescente interação entre os pacientes, aos pouco, cedeu lugar a integração através de jogos e desenhos. Além de se dirigirem um ao outro, também passaram a comentar sobre as ações dos outros e respeitar o ritmo dos outros na realização de atividades. A inte(g)ração por meio de diálogos e atividades foi observada no sétimo encontro entre vários participantes e em diferentes momentos:

A: [Dirigindo-se a J]: *“Eu quero esse lápis que esse aqui não é bom não. Eu quero prá escrever uma carta”*

Carla: *“A, você pode esperar ele terminar, aí ele te empresta.”* [J, permanece alheio ao pedido e continua desenhando e sorrindo]

A: *“J, me dá essa caneta pra eu escrever uma carta prá meu bem querer”.* [J continua desenhando, sem responder]

Carla: *“A, quando ele terminar você pode usar. Agora ele está usando”.* [A silencia, fica olhando para o papel de J. Parece estar aguardando o fim do desenho.]

J: [Conclui o desenho, vira-se para A e entrega a caneta. Entrega o desenho para guardar. A recebe a caneta e começa a ‘escrever’]

(...)

Carla: *“S hoje está bastante quieto, não quis fazer quase nada”.*

F: *“É, né isso, num faz nada!”*

Enquanto isso:

J: [com agitação, vai diversas vezes ao banheiro tentar achar pedrinhas].

A e C: [Mexem no rádio]

A: [Dirigindo-se a C] *“Coloca aí uma poesia matuta prá tocar”.*

A iniciativa de A pedir a caneta a F e pedir para C colocar uma música específica aponta a autonomia emergente nos momentos de interação entre eles, nos quais também podemos observar escolhas, decisões e opiniões. Inicialmente, os participantes com melhores condições de verbalização, como A, F e C, quando desejavam algo, pediam as facilitadoras, inclusive quando o material estava com outro membro do grupo. A situação acima ilustra a melhoria nas condições

de comunicação entre eles e indica os benefícios proporcionados pelo grupo. No trabalho grupal, um importante fator gerador de mudanças é a possibilidade do aprendizado por intermédio do outro (BECHELLI E SANTOS, 2002). A relação dos participantes entre si e com as facilitadoras, haja vista as condições favoráveis no grupo impulsionaram a identificação e criação de alternativas para solução de problemas e o surgimento de novas formas de responder aos estímulos do meio. Entre o sétimo e o nono encontro, observamos que as relações entre os participantes permitem, inclusive, a construção de diálogos mais coerentes entre eles. A coerência considerada nestes diálogos não valoriza a existência ou a ocorrência concreta dos elementos e situações relatadas pelos integrantes, mas, a organização de uma construção lógica, compreensível e com argumentos pautados na realidade subjetiva de cada um deles.

A: (Relata uma situação) “[...] *é, era uma cobra cascavel. Eu matei essa cobra. Ainda hoje eu tenho o couro dessa cobra.*”

Lorena: “*Até hoje você tem o couro dessa cobra.*”

A: “*Teeeeenho.*”

Lorena: “*Faz tempo que tu matou essa cobra?*”

A: “*Faaazz.*”

F: “*Essa noite tinha 2 cobras cascavel. Elas estavam cantando.*”

Carla: “*E o que você fez?*”

F: “*Chamei o povo prá matar.*”

(...)

Carla: “*J, tu pode passar esse apontador pra A?*”

J: [entrega o apontador à A]

Carla: *“Tu podes fazer a ponta A.?”*

A: *“Eu não posso não por que a minha mão é aleijada.”*

F: *“A mão da gente tudinho é aleijada. A cabeça não, mas a mão é.”*

Nesse último diálogo, a fala de A ao afirmar não poder fazer a ponta do lápis permite-nos observar a condição de dependência dos pacientes. A rotina orientada pelos funcionários da instituição estabelece uma condição de ‘disciplina’, dependência e incapacidade, conduzindo os pacientes a comportamentos cada vez mais passivos. O comentário de F revela a percepção que ele tem de si próprio e sobre sua sanidade, haja vista contrapor o ‘aleijo’ da mão à condição de sua “cabeça”. Parte da aflição de muitos pacientes psiquiátricos se deve principalmente a negação de suas experiências por parte dos que com eles convivem. F parece querer evidenciar seu possível estado de doença, mas não de insanidade. É importante considerarmos que a concepção de saúde que norteia estas análises não é referendada pela ausência de sintomas, mas por um processo integral dos recursos do organismo para diminuir sua vulnerabilidade diante dos agentes causadores da doença (REY, 1997). Constatamos isso por meio das condições de saúde inicial dos participantes que, apesar de terem parte dos sintomas da esquizofrenia controlados pela terapêutica medicamentosa, se encontravam em condições mínimas para reagir, escolher, opinar e expressar seus sentimentos. Podemos dizer que parte de suas vidas estavam soterradas e, sob condições de interações favoráveis, ao menos em parte, a autonomia, a vontade e a expressividade destes foram resgatadas, permitindo uma maior participação deles em seus processos vitais.

A interação grupal que pouco a pouco revelou a conquista de autonomia destes pacientes também favoreceu a participação e colaboração de uns nas atividades desenvolvidas por outros.

S: [cantarola uma música]

Carla: “*É uma música que você está cantando....me ajuda a lembrar..*”

S: (continua a cantar)

F. e S. [cantam a mesma música em conjunto].

O desenvolvimento de atividades em conjunto e bem integradas também foi observado no nono encontro, durante jogo com a bola. Iniciado por um integrante e uma facilitadora, o jogo seguiu até o final do encontro com a participação de quatro dos cinco pacientes e das três facilitadoras. Apenas *F* não participou desta atividade e optou por ficar ‘fazendo dinheiro’.

Carla: “*Quer jogar também?* (se referindo a S.)”

Carla: “*Tu podes jogar pra J? Ele está no jogo também.*”

S.: [Joga a bola pra J]

(jogam bola: Carla, J, S e Lorena)

S.: [rodopia a bola]

Carla: [Girando a bola] “*Era isso que tu tava tentando fazer, não era S?*”

(A, Carla, Lorena, S, J e C jogam bola)

A: “*Eu sou o tocadooooor!*”

Danielly: “*Parece que A sabe jogar vôlei.*”

A: “*Eu jooooooogo*”

[Jogam com expressão de alegria: sorrisos, saltos e vibração ao conseguir fazer gol].

A gradativa participação e integração entre os participantes e o estabelecimento de vínculos de confiança possibilitaram a manifestação e exploração de conteúdos mais profundos. O trabalho pautado na humanização, aqui entendida por ações comprometidas com o bem-estar e que fomentam mudanças nas condições desfavoráveis à saúde, mobiliza o envolvimento dos participantes e potencializa a superação das dificuldades.

Os relatos que constituem a categoria a seguir ilustram algumas situações, nas quais, os participantes mencionam eventos de suas vidas, seus sentimentos e passam a se comportar como agentes de seus processos de desenvolvimento.

Relato de experiências pessoais e expressão de sentimentos

Foi a partir do quarto encontro que as manifestações por meio de relatos de situações experienciadas tornaram-se mais presentes. Os conteúdos de experiências pessoais (simbólicas ou concretas) foram observados nos relatos dos pacientes em diversos momentos. Durante as interações, as quais foram se ampliando ao longo das sessões, observamos que as falas breves foram, paulatinamente, apresentando-se de modo mais organizado, espontâneo e profundo. Assim, observamos nas conversas entre os participantes que os diálogos revelavam experiências particulares, como situações passadas em família, relatos sobre a rotina no hospital e outras situações experimentadas. Para Lemos e Cavalcante Jr. (2006), o clima de aceitação, autenticidade e empatia proposto pela abordagem centrada na pessoa favorece ao envolvimento do indivíduo que, aos poucos, passa a implicar-se no processo de ‘tornar-se pessoa’, de ser autêntico e tornar-se mais livre. Essa orientação encontra-se presente tanto nas intervenções individuais quanto grupais em conformidade com a crença na orientação positiva do homem baseada no conceito de tendência atualizante que anuncia que:

Preside o exercício de todas as funções, tanto físicas quanto experienciais e visa constantemente desenvolver as potencialidades do indivíduo para assegurar sua conservação e seu enriquecimento, levando-se em conta as possibilidades e os limites do meio (ROGERS, 1977; p. 41).

No trecho abaixo, identificamos a espontaneidade de A ao falar sobre sua fuga, sem receio de represálias, assim como o envolvimento com os sentimentos que emergem da lembrança da situação frustrada.

A: *“Eu fugi de noite, pulei do [menciona nome do pavilhão], cai na boca da mata e fui para casa, de noite. Ele tinha uma cobra, criava uma cobra grande.”*

Carla: *“Você chegou em casa?”*

A: *“Não, cheguei não, tava escuro. Eu caí na boca da mata e cortei o pé”.*

Carla: *“Você cortou o pé aí não chegou em casa”.*

A: *“Cheguei bem cedinho. No outro dia, eu tava no... [nome do pavilhão no hospital]”.*

Lorena: *“Quem te trouxe de volta?”*

A: (Silencia e abaixa a cabeça).

Ao relatar sobre sua fuga do hospital, A expressa tristeza por não conseguir chegar em casa. Apesar de não termos conhecimento acerca da correspondência entre a situação relatada e a realidade, o mais significativo é o fato de esta situação ser, de algum modo, uma experiência marcante para A, que a revela com significado emocional, com coerência e associando ao seu contexto de origem. Sua origem rural foi por diversas vezes revivida em seus relatos sobre a vida no campo, o tipo de alimentação, no cantarolar de músicas denominadas por ele de “cantigas matutas”, e sobre a dificuldade de acesso à escola. A não é alfabetizado e a impossibilidade de ter estudado é algo marcante em sua vida. Em todos os encontros a sua principal atividade é um “texto” que ele apresenta como sendo sua tarefa escolar. Por meio dessa produção, A declama poesias, lê cartas, sequência de números e cita trechos bíblicos. É através dessa atividade que tem resgatado e realizado sua história de vida, ressignificado experiências e

compartilhado situações que, na rotina hospitalar, não são valorizadas. O espaço e as relações no grupo tem favorecido a A e aos demais participantes, de diferentes formas e ritmos, a resgatarem aspectos fundamentais em suas vidas que, no decorrer dos anos de internação, foram suprimidos. Além da situação grupal, poucas são as situações em que estes são estimulados ou têm a oportunidade de participar ativamente de decisões no seu cotidiano, de ter diálogo mediado por atenção, respeito e credibilidade e a possibilidade de resgatar a memória de personagens importantes em suas vidas familiares, há anos, sem contatos ou notícias. Sob estas condições, constatamos a situação de vulnerabilidade em que estes pacientes se encontram em virtude da fragilidade do meio que não favorece a promoção, proteção ou garantia de seus direitos de cidadania (AYRES, FRANÇA JR., CALLAZANS e SALETTI FILHO, 2003) e de promoção de saúde. No atual contexto sócio-histórico, a principal alternativa para a viabilização de condições favoráveis à saúde mental tem sido a desinstitucionalização. Entretanto, a necessidade de manter estes pacientes internos devido a impossibilidade de encaminhá-los para seus familiares não deve ser justificativa para a manutenção de condições desfavoráveis à saúde, ao desenvolvimento e a reabilitação. É necessário enfrentar a falta de recursos sociais, institucionais e familiares como base de apoio para a recuperação dos pacientes internos. Portanto, o reconhecimento das consequências da condição de abandono e isolamento social é fundamental para a criação de estratégias institucionais que atendam às necessidades individuais de cada paciente e viabilizem a implantação de um atendimento mais humanizado e coerente com as atuais propostas dos serviços de saúde mental, neste caso, ainda que seja no contexto de institucionalização.

O abandono familiar, ainda que represente uma grande perda para aqueles que se encontram na condição de institucionalização, não inviabiliza a criação de novos vínculos afetivos relevantes para o estabelecimento de relações

saudáveis e favoráveis a reorganização de novas formas de vida coerentes com um ambiente institucional que se propõe, ao menos em tese, a tratar, cuidar e restabelecer. Na análise em questão, o tempo de internação destas pessoas – mais de dez anos – poderia ser tomado como base para a criação de laços afetivos restauradores de uma nova família, um novo lar. Entretanto, o que verificamos é que a perda da família e das relações sociais permanece uma das lacunas marcantes na vida destas pessoas, ao lado de outras ausências e carências.

Além de *A*, *C*; *J* e *F* também vivenciam as mesmas perdas e carências. Em todos os casos compreendemos que o contato com familiares, com sua cultura e o desenvolvimento das atividades que tinham como rotinas antes de se tornarem residentes da instituição seriam de elevado benefício para a recuperação da saúde dos mesmos. *J*, um paciente com bastante pobreza no discurso, após realizar um “desenho” representativo de uma casa, reporta-se a familiares e ao seu lugar de origem, com os quais, há mais de 10 anos, não mantém contato. A fala de *J* se repetiu em outros encontros revelando um sentimento saudosista em relação ao lugar e as pessoas com quem viveu.

Carla: “*J*, o que você fez aqui [desenho]?”

J: “*Casa*”.

Lorena: “*Onde fica?*”

J: “*Salgueiro*”. [nome fictício da cidade mencionada]

Lorena: “*Quem mora nessa casa?*”

J: “*É Rita*” [nome original foi substituído por esse pseudônimo]

Lorena: “*São seus pais?*”

J: “*É*”.

A expressão de sentimentos em relação a família, a moradia e experiências que supostamente antecedem a ida para o hospital são bastante presentes nos relatos dos pacientes. Muitas vezes, tais relatos são imbuídos de elementos sintomáticos, como alucinações e a mania de grandeza característica do discurso de *F*. Em diversos momentos, *F* relatou que vendeu ou comprou algo. Desde os primeiros grupos, *F* realiza o mesmo desenho, uma cédula de dinheiro. Apesar de o seu discurso ser relativamente desorganizado, dois focos são claramente identificados: a sua história de vida com posses abundantes, em um momento; e as perdas financeiras e pobreza em que também viveu. Em seu discurso as oscilações entre situações de poder e de perdas são mediadas por elementos de grandeza nos quais ele afirma ser o governo, a polícia, médico, professor, dono de grandes propriedades e de bens, por vezes ocupando todas as funções simultaneamente, além de ser ‘fazedor’ de dinheiro. Concomitantemente, *F* também relata a necessidade de ter que trabalhar para manter a família e receber pouco por seu trabalho. Ambas as situações, apesar de superdimensionadas, revelam dois momentos marcantes na vida *F*, sendo o primeiro fundamental para a manutenção de uma realidade, agora, idealizada, porém necessária a ele.

F: “*Eu tenho muito gado.*”

Lorena: “*Você tem gado?*”

F: “*Tenho mil cabeças de gado.*”

Carla: “*Fica onde esse gado?*”

F: “*ali, ali*” (aponta para a janela)

F: “*Eu comprei 30 casas em...(..)*”

Carla: “*Você mora em uma dessas casas?*”

F: *“Não, eu moro em (...). Eu comprei porque eu gosto mesmo. Eu tava com dinheiro, aí comprei. Eu gosto de comprar. Você tem alguma coisa pra vender?”*

Carla: *“Não, não tenho nada pra vender.”*

F: *“É, eu comprei uma fazenda, uma (...)”*

No encontro seguinte, *F* afirma:

F: [Enquanto ‘produz’ o dinheiro] *“A pessoa quando tem filho não dorme, não!”*

Carla: *“Você não conseguiu dormir à noite por causa do seu filho?”*

F: *“A pessoa tem que trabalhar, num põe a cabeça tranquila na cama, não. Trabalho dia e noite. Plantei mandioca, arrumei o telhado da casa, limpei o terreno e o homem me pagou só 10,00 cruzeiros. Eu preferi dizer que me trocasse por dois lápis. O lápis é melhor”.*

Carla: *“O lápis valia mais que esse dinheiro?”*

F: *“Num dá pra nada, não. Tem que trabalhar sem dormir mesmo.”*

As situações de perdas, de pobreza e das condições de institucionalização foram compartilhadas entre eles em alguns momentos. O diálogo, agora nem sempre necessitando da mediação das facilitadoras, evidencia opiniões, crenças e sentimentos relacionados às situações vividas. Esta dinâmica corrobora as afirmações de Bechelli e Santos (2002) acerca do ‘paciente’ em grupo ser o agente de sua própria mudança. Sob condições favoráveis, o movimento e o ritmo de cada participante atua coerentemente com as necessidades emergentes, favorecendo a mudanças e ao aumento de capacidades, tal como Rogers (1977) anuncia sobre a ação da tendência atualizante no organismo humano.

A: [Conta uma história em que ‘deu fim’ a um gato...]
“Deixei o bichinho apodrecendo no quintal”.

F: *“Quando mata um gato a vida da pessoa acaba”.*

(...)

A: *“Terminei Doutora. Tô dormindo com fome. Eu não posso vir prá essa escola não por que eu tô enfadado.”*

F: enquanto desenha a sua nota de dinheiro diz: *“É ele dorme com fome todo dia. Eu também durmo com fome.”*

Carla: *“O que você come de noite, A?”*

F [responde a pergunta que foi feita para A]: *“Pamonha, hambúguer. Eu durmo com fome e com sede. Olha, a pessoa dormir com fome e com sede, não aguenta não.”*

Danielly: *“A pessoa com fome e com sede não aguenta?”*

F: *“Agüenta não. A pessoa com fome e sede não aguenta não.”*

A: *“Tem mais de 100 noites que eu durmo com fome, não sei como eu não morri ainda.”*

Danielly: *“Faz tanto tempo que você dorme com fome e com sede que parece que faz 100 noites que você não come não é A? Não sabe nem como não morreu ainda.”*

A: *“Éééé.”*

F: *“Não sei como consegue dormir com fome. A pessoa dormir com fome é triste.”*

Danielly: *“É triste dormir com fome.”*

F: *“É muito triste.”*

A postura física e a expressão facial de A, ao falar sobre a situação de fome, revelam tristeza. F, apesar de manter-se concentrado no seu desenho durante a conversa, parecia referir-se não apenas a fome de A e a sua naquele momento,

mas a possíveis situações de privação em momentos anteriores a internação, os quais foram relatados por ele em outros grupos.

A análise dos dez encontros apresentados apontam a gradativa evolução dos pacientes caracterizada pela ampliação das suas relações, as quais tiveram início por meio de breves respostas às facilitadoras e, posteriormente, o estabelecimento de diálogos com posicionamentos e expressão de opiniões acerca das questões discutidas. Nas últimas sessões, vários diálogos entre eles e a observação de suas expressões são indicativos da melhoria de suas condições de saúde. Ainda que em níveis diferenciados, entendemos que a mudança proporcionada pelo grupo mantém estreita relação com a história pessoal, as necessidades e as dificuldades e limites individuais, inclusive em decorrência do quadro clínico e da medicação prescrita. O tipo de medicação e a dosagem aplicada representam variáveis sob as quais não temos controle. Contudo, não podemos deixar de observar o quanto a medicação, ainda que necessária, compromete a vitalidade, o desempenho e, numa compreensão ampla do termo, a saúde dos pacientes.

F: *“Estou doente...não posso fazer não.”* [com a mão direita tremendo excessivamente, e com excesso de salivação, cuspidando algumas vezes, refere-se a impossibilidade de ‘fazer’ dinheiro] (...)

F: [Demonstrando incômodo diz] *“hoje não dá não...”*

Danielly: *“Você acha que hoje não dá pra desenhar porque a sua mão está tremendo?”*

F: *“É...dá não”*(...)

Lorena: *“É ruim querer desenhar e não conseguir, não é?”*

F: [Olhando alternadamente para o chão e para a mão, com aspecto de tristeza, diz] *“É.”*

Lorena: “*Tá difícil até de falar, não é?*”

F: “*É.*”

Apesar de atuar prioritariamente no controle dos sintomas positivos (alucinações, delírios etc), alguns dos efeitos colaterais da medicação de primeira geração são impeditivos das atividades do paciente por gerarem mal-estar físico, sonolência, tremores, salivação e sede excessivas e, conseqüentemente, conduzem-no a estados de incapacidade, dependência e isolamento, gerando sofrimento frente às limitações que impedem de executar atividades prazerosas. Os delírios de grandeza e megalomania de *F* o levam a acreditar que faz dinheiro. Em todos os encontros, essa é a sua atividade principal e, demonstrando satisfação com sua produção, desenha e pinta as cédulas atribuindo-lhes valor monetário. Entretanto, na situação acima relatada, a expressão de tristeza de *F* era evidente, quando este olhava para sua mão e observava o traço tremido e sem os detalhes no papel, diferente do detalhamento que caracteriza sua produção em cada um dos encontros. Duas semanas após este episódio, *F* expressou sua satisfação (com sorrisos e comentários de autoelogio) diante dos seus desenhos de dinheiro. Nesta sessão, as facilitadoras levaram, juntamente com os demais recursos, algumas cédulas de brinquedo. Entretanto, na opinião de *F*, as cédulas que produz são as que têm valor.

Lorena: Mostra as cédulas de brinquedo e pergunta: “*Quer?*”

Carla: entrega algumas notas a ele.

F: Segurando uma nota de dez diz: “*Esse num é bom, não. Num vale nada, não*”

Carla: [Entrega a nota de R\$ 20,00 a ele].

F: Segurando a nota diz: “*Esse dinheiro num vale não. O que eu faço vale mais, né? Esse que eu faço é bom. Esse*

aí não vale não". [Pega o papel e começa desenhar o seu dinheiro.]

O valor atribuído por *F* às cédulas que produz não é apenas monetário, mas principalmente por representar o resultado de uma produção sua que é socialmente valorizada e tem a conotação de poder. Sorrisos e gestos ao desenhar indicam a satisfação com a possibilidade de produção sem os incômodos dos tremores decorrentes da medicação e pelo respeito a sua opinião ao afirmar que seu dinheiro vale mais que os outros.

Frente aos delírios e alucinações do esquizofrênico, muitos profissionais que trabalham com portadores de transtornos mentais adotam como medida para aproximá-los de uma 'realidade' aceitável a negação dos elementos decorrentes deste tipo de sintoma. Entretanto, o que verificamos é que quanto mais reconhecemos e aceitamos a 'realidade vivida' pelo portador de esquizofrenia, mais ele expõe e explora os conteúdos desta realidade que, embora classificada como sintoma, é parte vital da manutenção da existência destes. O reconhecimento e exploração destes elementos possibilitam o estabelecimento de relações com maior segurança e confiança para se expor e, ao invés de negar a sua realidade, direcionar-se para a sua compreensão. Nesse sentido, a melhor forma de compreender a realidade subjetiva do portador de transtorno mental é sendo empático. O estabelecimento de relações mais humanizadas é condição básica para a restauração de habilidades e a recuperação da dignidade e do respeito. Os estudos da Psicologia Positiva aplicada à Psicologia da Saúde têm indicado como fatores de proteção e de promoção da saúde variáveis como, o otimismo, a esperança, a criatividade, o respeito e a imagem corporal, entre outros, relacionados ao bem-estar e à qualidade de vida de pessoas doentes e não-doentes (CALVETTI, MULLER e NUNES, 2007). As manifestações de prazer e agradabilidade foram identificadas em momentos em que os participantes

sentiram-se livres para fazer escolhas e dar opiniões. O uso dos recursos lúdicos e da música foram fundamentais para a estimulação inicial e para a busca e manifestação de interesses pessoais. A fala de C, no trecho abaixo, é reveladora das suas preferências.

Lorena: “*Você gosta de música C?*”

C: sintonizando em uma rádio diz: “*Gosto*”

Lorena: “*Que tipo de música você gosta?*”

C: “*Sertaneja.*”

Lorena: “*Você gosta de Sertaneja.*”

C: [Ao achar uma estação de rádio que tocava uma música sertaneja, aumenta o volume e sai caminhando]

A falta de um trabalho individualizado aos portadores de transtorno mental, no contexto de internação, despe-os de suas capacidades humanas e vitais básicas. O tratamento em massa, por meio do qual todos são submetidos às mesmas condições, horários e rotina, com diferenças resguardadas apenas para o tratamento farmacológico e em casos de necessidade de dieta alimentar específica, põe o indivíduo na condição de excluído do seu processo de ‘cura’ e priva-o de tomar decisões sobre ele e sua vida (FOUCAULT, 1994). Fazer escolhas não faz parte dessa rotina. Tudo é preparado para funcionar em conformidade com uma ordem preestabelecida que visa garantir a disciplina e o controle. A falta de espaços privados, de material de uso pessoal resguardado e de horários flexíveis em conformidade com as necessidades individuais dos internos favorece ao desenvolvimento de padrões de comportamentos que, orientados pela regra institucional, sufocam os interesses, saberes, opiniões e escolhas pessoais.

As condições que permearam as interações, durante os encontros grupais, favoreceram não apenas a interação e comunicação dos participantes – também embotadas, haja

vista a falta de espaços estimuladores e permissivos – mas principalmente ao resgate da autonomia e a redescoberta de interesses, prazeres e possibilidade de escolher. Inicialmente manifestas apenas quando havia algum tipo de estimulação, as expressões de opinião, de gostos e de sentimentos dos participantes tornaram-se cada vez mais frequentes e espontâneas.

Considerações finais

Pensar sobre as possibilidades de intervenção no campo da Psicologia da Saúde requer, antes, um olhar crítico acerca do conceito de saúde e das condições atuais dos serviços de saúde. Não reduzir a compreensão de saúde à ausência de sintomas é fundamental para analisar as condições de vida e as formas de tratamento da saúde que, embora atenuadoras dos sintomas ou das dificuldades abordadas, não contemplam as necessidades básicas tomadas como condição *sine qua non* para o desenvolvimento da qualidade de vida e do bem-estar das pessoas e da sociedade. Assim, cabe ao psicólogo comprometido em contribuir para a saúde de indivíduos ou de grupos abandonar concepções de saúde que tomam como referência o tratamento da doença ou a minimização de sintomas e orientar-se pelo resultado da análise dos elementos contextuais desfavoráveis ao bem-estar. Intervir de modo a propiciar transformações no contexto e/ou mudanças nas pessoas que possibilitem novas formas de viver, gerando melhoria nas condições favoráveis à qualidade de vida é uma das alternativas para se pensar o fazer da Psicologia com a finalidade de contribuir para a promoção da saúde.

No campo da saúde mental, as mudanças decorrentes da reforma psiquiátrica ainda não são suficientes para oferecer a todos um serviço pautado na humanização e na equidade, apesar destes serem princípios norteadores das políticas de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2004). A

criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) representa os esforços políticos e da sociedade para minimizar ou cessar os efeitos negativos e desumanos das formas de tratamento até então oferecidos nas instituições psiquiátricas aos portadores de transtornos mentais e aos seus familiares. Contudo, é preciso nos reportarmos àqueles que, por motivos sociais, econômicos e/ou políticos, ainda permanecem internos nos hospitais psiquiátricos sob formas tradicionais de 'tratamento'. Se, por um lado, temos os serviços especializados e de qualidade oferecidos nos CAPS e diversos estudos que auxiliam na avaliação e melhoria deste; por outro, temos as instituições psiquiátricas que agora parecem não mais existir, o que representa para os internos um duplo abandono: primeiro, da sociedade e dos seus familiares; segundo, dos profissionais e pesquisadores de saúde que não têm atentado para as condições de funcionamento destas instituições.

A realidade dos hospitais psiquiátricos ainda em funcionamento pouco ou nada tem relação com o que compreendemos por saúde. A concepção de saúde adotada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) refere-se ao estado de completo bem-estar físico, psíquico e social. Recentemente, a Psicologia Positiva, pautada nos estudos clássicos de Carl Jung e de Carl Rogers e nos mais recentes estudos de Seligman e Yunes (LEMONS, 2006; CALVETTI, MULLER e NUNES, 2007), aponta como fundamental à saúde, além dos aspetos considerados pela OMS, a possibilidade de desenvolvimento das forças positivas inerentes à pessoa. Assim, sugere o investimento em intervenções que, a partir do enfoque nos aspectos sadios do desenvolvimento humano, contribuam para a prevenção e promoção da saúde norteada para o restabelecimento do bem-estar subjetivo, do otimismo, da felicidade, da autodeterminação, da criatividade, e das habilidades interpessoais. O contexto das instituições psiquiátricas em nada se aproxima das referidas considerações sobre saúde. Ao contrário, no estudo, em questão, observamos a falta de

elementos favoráveis à melhoria das condições de saúde dos internos. O tratamento orientado para a minimização dos sintomas da esquizofrenia e para a manutenção da ordem na instituição não prioriza modalidades interventivas que estimulem a autonomia, a criatividade e a liberdade dos pacientes. A falta de recursos humanos e materiais adequados é um dos aspectos que dificulta mudanças nas formas de cuidar. Apesar da existência de trabalhos por meio de oficinas terapêuticas (música, artesanato, culinária etc) oferecidas a alguns dos internos, temos conhecimento de que apenas aqueles em melhores condições e que apresentam habilidades específicas são incluídos nestas atividades. Não deveria os ‘menos adaptados’ e com mais comprometimentos serem contemplados nestas oficinas para a estimulação e reabilitação de suas capacidades? Tanto do ponto de vista teórico quanto em termos da prática adotada, nos CAPS, esta tem sido a proposta para promover saúde e favorecer a inclusão.

Na intervenção grupal por nós realizada, verificamos que dos cinco internos participantes apenas dois tinham acesso a atividades de lazer e de integração. Os demais, considerados agressivos e pouco adaptados ao convívio social não participavam de oficinas. Suas ‘atividades’ restringem-se a responder a rotina estabelecida pelo hospital. Chama-nos a atenção o fato de ser um deles (S.) o que mais apresentou mudanças positivas, haja vista ser um dos que mais apresentava limitações na interação, na verbalização e no campo afetivo e emocional.

Em todos, observamos avanços significativos. As condições grupais, de fato, tiveram um importante papel nos comportamentos observados, haja vista não ter havido outras mudanças significativas (rotina, medicação, etc) que pudessem ter contribuído para transformações nas formas de relação entre estes. Em busca de compreender a subjetividade destes pacientes, acompanhada dos significados mais particulares e aceitarmos o ‘mundo’ e a dinâmica individual de

cada um deles, acreditamos ter favorecido a eles no despir-se dos receios dos julgamentos comumente dirigidos a pessoas com transtornos mentais. A liberdade para não permanecer no grupo, comparecer e nada fazer, escolher o que fazer, falar, silenciar, delirar, cantar, entre tantos comportamentos que desabrocharam como possibilidades, foram fundamentais para o resgate da autonomia e da descoberta de várias formas de comunicação. Corroborando os resultados do trabalho grupal realizado por Lemos e Cavalcante Jr. (2006) em um serviço de saúde mental (CAPS), verificamos que a atuação no grupo mediada pelo respeito, liberdade para escolher, estimulação e por uma escuta profunda, facilitou a interação, a comunicação, a expressão de conteúdos emocionais e a aprendizagem de condutas que contribuíram para o resgate de condições psíquicas mais favoráveis ao desenvolvimento de novas habilidades entre os integrantes.

Apesar das condições inadequadas ao desenvolvimento saudável nas quais estes ainda se encontram, a intervenção realizada fomentou novas possibilidades na vida destas pessoas. A criação, a descoberta de interesses e habilidades e as manifestações de prazer e satisfação são os caminhos através dos quais identificamos estar minimizando a condição de vulnerabilidade e promovendo saúde a estes internos. As interações mais saudáveis favoreceram ao reconhecimento destes enquanto pessoas – e não mais como um sintoma ou diagnóstico – que durante todo o processo foram cuidadas com respeito e dignidade.

O desafio inicial na implantação deste trabalho, ainda com limites em virtude de aspectos político-institucionais, e os resultados reveladores das possibilidades de intervenção da Psicologia na Saúde indica a necessidade de outras ações inclusivas, bem como intervenções que atuem na estrutura das instituições psiquiátricas remanescentes, tanto no aspecto da capacitação dos profissionais para um trabalho que de fato esteja comprometido com a saúde; como nas

bases políticas que sustentam a manutenção destas instituições que funcionam tal como antes da reforma psiquiátrica. Em síntese, destacamos a abrangência de possibilidades no campo da Psicologia da Saúde. Seja na prevenção, na promoção da saúde ou no tratamento de doenças, o importante é que o trabalho do psicólogo chegue onde houver a necessidade de favorecer o desenvolvimento de aspectos saudáveis.

Referências

ANDRADE, Leda de A. Araripe. **Noções de Psicopatologia para Terapeutas**: aspectos da intervenção integrativa. Fortaleza: CTS, 2002.

A.P.A. American Psychiatric Association. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais** (DSM-IV). 4ª ed. Porto Alegre: Artes médicas, 1995.

AUGRAS, Monique. **O Ser da Compreensão: fenomenologia da situação de psicodiagnóstico**. Petrópolis: Vozes, 1986.

AYRES, José R. C.M.; FRANÇA JR. Ivan; CALLAZANS, Gabriela J. & SALETTI FILHO, Haroldo C. *O Conceito de vulnerabilidade e as práticas em saúde: novas perspectivas e desafios*. In: CZERESNIA, D. e FREITAS, C. (Org.) **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

BECHELLI, Luiz Paulo de C.; SANTOS, Manoel Antônio dos. *Psicoterapia de grupo e considerações sobre o paciente como agente da própria mudança*. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, 2002. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlaenf. Acesso em: 02/06/08.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas 2004. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, 84pp.

BUSS, Paulo M. *Uma Introdução ao conceito de promoção da saúde*. In: CZERESNIA, D. e FREITAS, C. (Org.) **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

CALVETTI, Prislá Ü; MULLER, Marisa C; NUNES, Maria L.T. *Psicologia da Saúde e Psicologia Positiva: perspectivas e desafios*. **Psicologia, Ciência e Profissão**. V. 27; nº4; Brasília, dez. 2007.

CORDIOLI, Aristides Volpato. **Psicofármacos**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

CZERESNIA, Dina. *O Conceito de Saúde e a diferença entre prevenção e promoção*. In: CZERESNIA, D. e FREITAS, C. (Org.) **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

DIMENSTEIN, Magda. *A reorientação da atenção em saúde mental: sobre a qualidade e humanização da assistência*. **Psicologia, Ciência e Profissão**. V. 24; nº4; Brasília, dez. 2004. Disponível em: <http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?pid=S1414->

_____. *O desafio da política de saúde mental: a (re) inserção social dos portadores de transtornos mentais*. **Mental**. V.4; nº 6. Barbacena, jun. 2006. Disponível em: http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?pid=S1679-44272006000100007&script=sci_arttext&tlng=pt

FOUCAULT M. **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.

GENDLIN, Eugene. *Comunicação subverbal e Expressividade do terapeuta: tendências da terapia centralizada no cliente com esquizofrênicos*. In: ROGERS, C. e STEVENS, C. (Orgs.). **De Pessoa para Pessoa: o problema do ser humano**. São Paulo: Livraria Pioneira editora, 1978.

KAPLAN, Harold e SADOCK, Benjamin. **Manual de Farmacologia Psiquiátrica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

KAPLAN, Harold; SADOCK, Benjamin; GREBB, Jack. **Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 1997.

LAING, David. **O Eu Dividido: estudo existencial da sanidade e da loucura**. Petrópolis: Vozes, 1982.

LEMOS, Patrícia M.; CAVALCANTE JR, Francisco S. *Psicologia de Orientação Positiva: uma proposta de intervenção no trabalho com grupos em saúde mental*. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, 2006. Disponível em <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br>. Acesso em: março de 2007.

OLIVEIRA, Irismar R. *Antipsicóticos atípicos: farmacologia e uso clínico*. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 2000, n. 22, p. 38-40.

REY, Fernando G. *Psicologia e saúde: desafios atuais*. **Psicologia, Reflexão e Crítica**. V. 10 nº2. Porto Alegre, 1997.

ROGERS, Carl & KINGET, Marian. **Psicoterapia e Relações Humanas: teoria e prática da terapia não diretiva**. Vol. I. Belo Horizonte, Interlivros, 1977.

_____. **Um Jeito de Ser**. São Paulo: EPU, 1983.

ZANINI, Márcia H & CABRAL, Rita R. F. *Psicoterapia de grupo na esquizofrenia*. **Psychiatry on Line**. nº4, jan. 1999. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/arquivo/psgresq.htm>